3

Analyse

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 41

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SUPPURATION DES FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Avril 1910

PAR

Edwards BONFILS

Né à Aigues-Vives (Gard), le 26 mars 1885

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse
- GILIS, Professeur, *Président*.
- TÉDENAT, Professeur
- VIRES, Agrégé
- SOUBEYRAN, Agrégé

} *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
COULET & FILS
Grand'rue, 5, MONTPELLIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SUPPURATION DES FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 41

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SUPPURATION DES FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Avril 1910

PAR

Edwards BONFILS

Né à Aigues-Vives (Gard), le 26 mars 1885

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	GILIS, Professeur, *Président.*	
	TÉDENAT, Professeur	*Assesseurs*
	VIRES, Agrégé	
	SOUBEYRAN, Agrégé	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻) ..... DOYEN.
SARDA ..... ASSESSEUR.
IZARD ..... SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻). Chargé de l'enseig^t de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. GILIS, *président.*
TEDENAT, *professeur.*
MM. VIRES, *agrégé.*
SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DU COUSIN REGRETTÉ

qui fut mon premier maître.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE REGRETTÉ

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Hommage de profonde reconnaissance
et d'inaltérable affection.

A MES PARENTS, A MES AMIS

E. BONFILS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

PROFESSEUR D'ANATOMIE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

E. BONFILS.

AVANT-PROPOS

Il est des habitudes auxquelles il serait pénible de ne pas se laisser aller. Aussi, nous hésiterions à commencer notre thèse sans jeter en arrière un coup d'œil pour revivre en quelques instants le temps que nous avons consacré à nos études médicales et pour dire notre reconnaissance à tous ceux qui de près ou de loin y ont été mêlés.

Il nous est bien doux de trouver une autre occasion pour renouveler à nos chers parents la reconnaissance que nous avons pour eux et nos affectueux remerciements pour nous avoir aidé à atteindre le but que nous nous étions proposé. Il est des choses que l'on n'oublie pas et que ne peut payer, quelque profonde qu'elle puisse être, l'inaltérable affection que nous avons pour eux.

Que M. le professeur Gilis, de qui pendant quelques mois, en remplacement d'un de nos camarades, nous avons été l'aide d'anatomie et qui nous a fait le grand honneur de vouloir bien présider notre thèse, veuille accepter nos respectueux remerciements et croire à toute notre considération, ainsi que M. le professeur

agrégé Soubeyran, qui nous en a inspiré le sujet et pour laquelle il nous a fourni de judicieux conseils.

Que M. le professeur Tédenat, de qui nous avons suivi les attachantes leçons, veuille croire à toute notre admiration.

M. le professeur Vires comprendra toute l'émotion que nous avons à le remercier publiquement à cette heure, lorsqu'il pensera à l'immense qu'il nous rendit il y a deux ans.

Nos remerciements et notre gratitude iront ensuite aux maîtres éminents de la Faculté de médecine qui ont fait de nous ce que nous sommes. C'est grâce à leurs cours, à leurs cliniques, à leur enseignement journalier que nous avons acquis le meilleur de nos connaissances. Que tout particulièrement M. le professeur Grynfeltt et M. le docteur Rouvière, chef des travaux d'anatomie, pour les conseils qu'ils nous donnèrent, veuillent bien accepter nos remerciements. Nous n'aurions garde toutefois d'oublier à cette heure M. le docteur Suquet de qui nous avons été l'interne à Nîmes, lors d'un trop court remplacement, et M. le docteur Durbesson (d'Avignon) dans le service duquel pendant quatre mois nous avons appris de la bonne clinique. Que M. le docteur Paul Pamard, des conseils et de l'enseignement duquel nous avons tant profité, veuille bien croire à notre considération et à notre profonde reconnaissance.

Mais c'est à Grasse que tout récemment nous avons été interne pendant un temps plus long et c'est là que surtout dans un contact incessant avec le malade, nous avons appris à le connaître, à le soigner, à l'aimer. Les connaissances théoriques sont précieuses mais les connaissances pratiques n'ont pas de prix. Que MM. les docteurs Philipp, Perrimond et Lebasteur sachent bien

que notre départ de l'hôpital nous fut pénible, qu'ils veuillent croire à notre meilleur souvenir. Nous n'oublierons pas leurs conseils et leur enseignement de tous les jours et bien moins encore les marques de bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignées.

Enfin que MM. les docteurs Atger (de Graveson), Teulon (d'Aigues-Vives) et Vailhé (de Tarascon), que nous avons remplacé pendant nos vacances, veuillent croire à notre entière sympathie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SUPPURATION DES FIBRO-MYOMES

DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

M. le professeur Soubeyran a bien voulu très aimablement attirer notre attention sur un artice de la *Province médicale* paru en janvier 1910, où il relate 24 hystérectomies abdominales pour fibro-myomes de l'utérus.

Il y a dans ce travail une observation fort intéressante de suppuration franche et primitive d'un gros fibrome utérin, et c'est elle exclusivement qui nous a donné l'idée de notre thèse. A cause de la rareté de cette complication, des nombreuses théories qui ont été données pour en expliquer la pathogénie, de sa symptomatologie quelquefois très obscure, de sa gravité, il nous a paru intéressant de donner une vue d'ensemble sur cette question. Déjà certes ce sujet a été traité en 1901 et 1905 avec beaucoup

de talent. Toutefois, certains points de la pathogénie nous ont paru insuffisamment exposés et le traitement surtout nous a toujours semblé relégué au second plan. Nous avons fait notre possible pour remédier à ces lacunes.

Nous n'avons eu en vue toujours que la suppuration franche et primitive et nous avons toujours eu à tâche de séparer nettement ces suppurations de celles qui sont consécutives à du sphacèle.

Nous avons essayé aussi de montrer que la torsion ou l'allongement du pédicule dans les fibromes sous-séreux ou soux-muqueux était, quoi qu'on ait dit, très rarement une cause de suppuration dans le sens où nous l'entendons.

ETIOLOGIE

Nonat et Bayle ont pu établir, à la suite d'autopsies faites à la Salpêtrière, que chez les femmes ayant dépassé trente-cinq ans on trouvait un utérus fibromateux sur cinq. Il s'agit bien entendu le plus souvent de simples noyaux, latents et méconnus parce qu'ils n'ont produit durant la vie aucun phénomène morbide révélateur. C'est assez dire combien fréquentes sont les tumeurs fibreuses de l'utérus, et il faut les considérer comme de beaucoup les moins rares parmi toutes celles qui peuvent frapper cet organe. Si d'autre part l'on recherche les observations nettes de suppuration franche et primitive de ces formations, l'on est surpris du faible chiffre que l'on trouve. C'est dire que la suppuration est une complication rare des fibromes, « complication d'une extrême rareté », comme a dit un auteur. Si l'on examine les diverses statistiques édifiées à ce sujet, on trouve des résultats un peu discordants. Alors que Martin (Bulletin de la Soc. belge d'obst. année 1896) donne la proportion de 5 0/0, que Cullingworth sur un ensemble de 100 cas, celle de 15 0/0, que Katz (thèse de Nancy 1884) dit que

« cette altération a été observée un grand nombre de fois et depuis un temps déjà éloigné », Lauwers parle de 0,5 0/0, Noble ne trouve pas de fibromes suppurés sur 218 opérations, Le Bec pas un cas sur 57 interventions, et Guéry en 1901 ne peut réunir que 94 cas de suppuration, dans lesquels encore il ne s'en trouve que 47 où la suppuration tienne la première place. Il semble facile d'expliquer ces divergences. Toutes les statistiques fortes : 5, 10, 15 0/0 sont celles faites avec des cas de suppuration pure et primitive, auxquels s'ajoutent des cas de suppurations secondaires, consécutives à du sphacèle. Les statistiques faibles : 0,5 0/0 sont au contraire celles édifiées avec des cas où la suppuration primitive est seule considérée. En s'en tenant aux seuls cas de suppuration franche, le pourcentage donné par Picquant dans sa thèse de 1905 paraît être très exact. Cet auteur s'arrête au chiffre de 1 à 2 0/0.

Une autre question relative à l'étiologie des fibromes est celle qui a trait à l'âge de la femme au moment où la suppuration apparaît. En dehors de la période d'activité génitale, en dépouillant les diverses observations publiées on ne trouve aucun cas de suppuration avant 20 ans, et après 60 ans quelques cas, mais exceptionnellement rares. Si entre 20 et 60 ans on recherche le moment le plus fréquent de la suppuration, on le trouve aux environs de la ménopause, c'est-à-dire entre 40 et 50 ans. Il y a également un maximum de fréquence, mais qui paraît moins fort que le premier et qui répondrait à la deuxième période de la vie génitale de la femme, c'est-à-dire de 30 à 40 ans. En résumé, la suppuration sera surtout fréquente entre 30 et 50 ans, avec un maximum net de 35 à 45 ans.

Enfin l'on peut se demander quel est l'âge du fibrome

au moment où il est envahi par la suppuration. C'est là une question beaucoup plus délicate à résoudre. Il est en effet fort difficile de savoir à quel moment un fibrome a commencé à se développer, et si l'on compte son âge à partir du moment où il s'est révélé par quelque signe morbide on sera en dessous de la vérité, le fibrome ayant pu évoluer d'une manière insidieuse pendant un temps plus ou moins long. De plus, en étudiant la pathogénie de l'infection du fibrome nous verrons combien diverses sont les causes capables de provoquer la suppuration. L'on conçoit donc que le moment de cette suppuration sera très variable suivant les cas. D'une façon générale cependant, sans qu'il soit possible de fixer de chiffre, même approximatif, la suppuration envahit la tumeur assez tardivement, en moyenne, d'après Picquant, 4 à 5 ans après son début. Pour montrer la variabilité du moment d'apparition de cette complication, il suffit après avoir donné cette moyenne de citer le cas classique de Carter où la suppuration ne survint que 40 ans après la formation révélée du néoplasme utérin.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la suppuration des fibromes de l'utérus est parmi toutes les questions qui se rattachent à cette étude celle qui a donné lieu aux controverses les plus nombreuses. Il semble que l'on puisse, si l'on veut être éclectique, concilier les différentes opinions.

Pourquoi vouloir, en effet, qu'une cause donnée soit toujours et uniquement la raison de la suppuration des fibromes ? Il se peut en effet que dans un cas ce soit la grossesse qu'il faille accuser, dans un autre l'accouchement et ses suites, dans un troisième une ponction, etc... Ici comme ailleurs un même résultat peut être obtenu par des causes différentes. Voyons donc quelles sont les raisons de la suppuration des fibro-myomes utérins !

Il n'est plus besoin à l'heure actuelle d'essayer de prouver que la suppuration relève de l'infection. Cela étant, il faut d'abord rechercher comment les micro-organismes pyogènes arrivent au fibrome pour l'infecter et ensuite pourquoi ils s'y développent. Ceci nous amène à dire qu'il y aura à étudier des causes déterminantes et des causes prédisposantes. Contrairement à la méthode suivie habituellement, nous étudierons d'abord les causes

déterminantes, parce qu'elles nous paraissent les plus importantes. Les secondes, qui ne sont que des causes provocatrices et non indispensables, seront étudiées ensuite.

I. — Causes déterminantes ou essentielles

Suivant que la tumeur contiendra d'une manière latente des microorganismes qui pourront s'éveiller et devenir pyogènes sous une influence provocatrice, ou bien qu'étant aseptique elle s'infectera à un moment donné sous l'influence de germes venus du dehors, nous aurons deux groupes de causes à invoquer.

A. **Théorie endogène.**— Dans le premier cas, il faut étudier la théorie soutenue par André Claisse en 1900 dans sa thèse inaugurale. Cet auteur a émis sur la pathogénie et l'histogénèse des fibromes utérins une hypothèse ingénieuse de laquelle il résulte que la transformation purulente n'est que la terminaison ultime du développement du fibrome, dont une inflammation vasculaire est le stade initial. D'après Claisse, le développement du fibrome est provoqué par une inflammation périvasculaire microbienne. Dans un utérus fibrogène, c'est-à-dire capable de devenir fibromateux, l'on trouve toujours des signes d'inflammation portant sur tous les plans de l'organe : Endométrite catarrhale et hémorragique, hypertrophie réactionnelle des fibres musculaires et conjonctives, et surtout lésions d'endo et de périvascularite du

système vasculaire hypertrophié et hyperplasié. Claisse démontre admirablement que c'est autour des vaisseaux ainsi transformés que prend naissance le processus morbide qui aboutit à la formation du fibrome.

Mais les agents provocateurs ne disparaissent pas.

Ils persistent à l'état latent dans l'intérieur du fibrome néoformé. On voit aisément comment dans ce cas la suppuration pourra se produire.

Voici d'ailleurs ce que dit Claisse à la page 26 de sa thèse : « Que sous une influence quelconque (traumatisme, accroissement rapide, grossesse, ischémie), la tumeur néoformée devienne moins résistante, que le terrain devienne plus favorable, le développement des germes se fera plus librement, leur virulence s'exaltera et la suppuration se formera. Dans ce cas la tumeur porterait en elle-même la cause de cette suppuration et il est vraisemblable que dans ces conditions l'agent pathogène est celui qui a produit l'inflammation périvasculaire origine de la tumeur. D'où l'évolution suivante :

» 1° Infection subaiguë des vaisseaux utérins ;

» 2° Périvascularite proliférante ;

» 3° Fibro-myome ;

» 4° Exaltation de virulence des germes dans un terrain peu résistant ;

» 5° Suppuration. »

Cette opinion n'est pas admise par tous les auteurs. Guéry toutefois ne la trouve pas inadmissible. Picquant au contraire semble la nier complètement puisqu'il dit : « La suppuration semble toujours due à un envahissement du tissu fibromateux par des agents infectieux venus de l'extérieur ». Que cette cause de suppuration ne soit pas la seule et surtout la plus fréquente, soit, mais il s'agit là d'une conception séduisante pour expliquer les cas de

suppuration lorsqu'il est impossible de trouver une cause d'infection venue du dehors, cas qui pour être rare n'en existe pas moins.

Dans le même ordre d'idées, on peut rapprocher de la théorie de Claisse, l'hypothèse émise par Legueu et Marien et acceptée par d'autres auteurs, Claisse en particulier. Il n'est pas rare de rencontrer au sein des fibromes (adéno-fibromes), surtout de ceux qui sont proches de la cavité utérine, des éléments glandulaires reconnaissables à la disposition régulière de l'épithélium cylindrique qui les tapisse. Haüser, Schöttlander, Voigt, Recklinghausen, les ont signalés. Ce dernier les a bien étudiés dans un long et important travail publié en 1896 et les considère comme des restes du corps de Wolf. Meyer, Voigt, Pick, Breuss, se rattachent à cette manière de voir. Haüser, Diesteurwegg, Cullen voient dans ces formations les restes du canal de Müller. Une nouvelle théorie a récemment pris naissance, qui attribue ces amas épithéliaux non plus à des restes embryonnaires, mais à des incarcérations de morceaux de muqueuse utérine. Schrœder, Neuman, Schöttlander et plus récemment Claisse, Legueu et Marien se sont faits les défenseurs de cette théorie. Par une étude bien faite et grâce à des coupes en séries, Legueu et Marien ont démontré que ces éléments dérivaient de la muqueuse à laquelle du reste ils sont encore parfois reliés, que la muqueuse d'où ils dérivent est toujours enflammée et que c'est à cause de cette inflammation que les fibromes prennent naissance. Ici encore la théorie de la latence des germes est de mise. Entraînés par les débris muqueux les germes sommeillent au centre de la tumeur et ne s'y développent que si une cause d'amoindrissement du terrain vient exalter leur virulence et les

rendre pyogènes. Alors seulement la suppuration peut s'établir.

Telles sont les deux théories qui tendent à expliquer la suppuration des masses fibromateuses de la matrice par la préexistence des microbes dans leur sein. Nous verrons en étudiant la bactériologie de la question que des germes ont été trouvés dans des fibromes non encore en voie de suppuration.

B. **Théorie exogène.**— A côté des faits qui semblent démontrer que les germes morbifiques ont existé de tout temps dans la tumeur, des faits nombreux peuvent prouver que les microorganismes viennent parfois du dehors et de points plus ou moins éloignés pour provoquer la suppuration dans une tumeur jusqu'alors stérile.

1° Causes très rares

Les germes infectieux peuvent provenir d'une infection générale, d'une septicémie à point de départ extra-utérin. Le fait est possible, mais il n'a pu être trouvé ni par Guéry ni par Picquant une seule observation le démontrant. De notre côté à partir de 1905 nous avons cherché une observation confirmant cette hypothèse et nous ne l'avons pas trouvée.

2° Causes fréquentes

a) Interventions chirurgicales. — L'agent infectieux est dans ce cas apporté de l'extérieur et il faut accuser alors soit une intervention traumatisante, soit non totalement

aseptique. C'est ainsi que l'on trouve maintes observations où un curettage, un cathétérisme, une dilatation, une ponction, une injection, l'ignipuncture, voire même un toucher auraient été le point de départ de l'infection. Parmi ces causes l'ignipuncture est sans contredit la plus importante et la plus néfaste. Les observations où son action n'est pas douteuse ne manquent pas et l'observation que nous en rapportons est typique à ce point de vue.

b) Injections modificatrices. — Une série d'injections d'ergotine a produit la suppuration dans un assez grand nombre de cas où cette action n'est plus douteuse.

3° Causes très fréquentes

Nous engloberons dans ce paragraphe toutes les suppurations de fibro-myomes qui se produisent par infection de voisinage. L'on peut concevoir aisément en effet comment une infection pourra se propager au fibrome qui somme toute présente un terrain de moindre résistance si elle existe en un point ayant des contacts plus ou moins intimes avec lui. Suivant les cas la suppuration envahira la tumeur par simple continuité de tissu, par voie lymphatique ou par voie sanguine. Il semble que le fibrome sous-muqueux s'infecte surtout par le premier mode, l'inflammation se faisant peu à peu de proche en proche. Au contraire les fibromes sous-séreux, pédiculés ou non, seront envahis par la voie lymphatique grâce aux adhérences contractées par eux. Quant à la voie sanguine elle semble être peu utilisée. Les microorganismes pou-

vant venir de l'utérus ou de ses annexes d'une part, des organes abdomino-pelviens d'autre part, il est logique d'étudier ce paragraphe à deux points de vue différents :

a) Infection par voie extra-utérine. — Rarement une infection vésicale, plus souvent une infection intestinale ou simplement des rapports intimes de la tumeur avec l'intestin, milieu toujours septique, pourront provoquer une suppuration de la tumeur.

b) Infection par voie intra-utérine. — Il est presque inutile de dire que le canal vagino-utérin est toujours l'habitat de germes infectieux qui, pour être quelquefois de virulence atténuée, n'en constituent pas moins un danger réel ; il est banal de remarquer que chez les femmes atteintes de fibromes l'utérus est toujours très enflammé ; il est facile de comprendre que les fibromes sont toujours plus ou moins en état de réceptivité morbide. Mais la muqueuse intacte forme une barrière infranchissable aux microorganismes. Dans la fibromatose utérine, il faut savoir que les altérations de la muqueuse sont presque constantes, et que dès lors la porte est grande ouverte à l'infection. On s'explique dès lors aisément pourquoi la suppuration est fréquente après un accouchement septique, après une infection puerpérale, un avortement ou chez des femmes âgées atteinte d'endométrite ancienne. Quelques observations que nous citons montrent clairement les rapports entre l'infection endo-utérine et la suppuration des fibromes.

D'autres fois l'infection peut atteindre la tumeur non plus par voie directe muqueuse, mais par l'intermédiaire des annexes. Les trompes enflammées et suppurées s'ac-

colent à la tumeur et, par voie lymphatique ou par propagation transpariétale, infectent la néoplasie. Nous rapportons une observation nette de ce mode de contamination.

Telles sont les principales causes directes, essentielles qui provoquent la suppuration des tumeurs fibreuses de l'utérus. Voyons maintenant s'il existe des causes prédisposantes et quelles elles sont.

II. — Causes prédisposantes

Les causes prédisposantes seront toutes celles qui, amoindrissant la vitalité de la tumeur ou amenant un trouble dans sa nutrition, en feront un terrain propice à l'infection par germination des microorganismes préexistants ou apportés du dehors.

La première cause signalée par les auteurs est en général la torsion du pédicule pour les fibromes sous-séreux, l'allongement du pédicule pour les fibromes sous-muqueux. Il est logique en effet de penser que dans ces conditions les tumeurs mal irriguées, mal vascularisées, mal nourries, vont être la proie des germes et subir des transformations septiques. C'est ce que l'on admet en général. Or, malgré les recherches que nous avons faites dans ce sens, il ne nous a pas été possible de trouver des cas de suppuration franche et primitive dans ces conditions. Ce qui se produit le plus souvent c'est du sphacèle, et sur ce tissu nécrosé une infection secondaire toujours légère. Or cela n'est point de la suppuration primitive large avec cavités kystiques remplies de pus.

La suppuration telle que nous l'entendons en la mettant à part du sphacèle, ce que les auteurs ne font pas suffisamment à notre avis, nous paraît donc une complication extrêmement rare dans les cas de torsion du pédicule d'un fibrome sous-séreux, ou dans ceux d'allongement du pédicule d'un fibrome sous-muqueux.

Dans la thèse de Berniolle (Paris 1906) sur « les fibromes de l'utérus sous-péritonéaux, à pédicule tordu », nous n'avons pu trouver de cas de suppuration. « Quant à la torsion des fibromes pédiculés, dit l'auteur, nous avons été frappé dans nos recherches par le petit nombre d'observations publiées et malgré tous nos soins nous n'avons pu en relever que 26 cas. » Donc la torsion est une complication rare, et quand nous aurons montré que consécutivement à cette torsion la suppuration est exceptionnelle, il sera aisé de déduire que cette cause prédisposante est de bien faible intérêt.

En dépouillant les 26 observations citées par Berniolle on trouve : 2 cas de dégénérescence calcaire ; 3 cas d'œdème et d'infiltration séro-sanguine ; 2 cas de tumeurs dures fibreuses non modifiées ; 2 cas de dégénérescence sarcomateuse ; 12 cas de congestion, d'apoplexie, d'hémorragie interstitielle ancienne ; 6 cas où l'examen de la tumeur n'est pas relaté ; 3 cas de tumeurs molles en voie de nécrose. Mais aucune observation où la suppuration franche même légère soit notée.

Dans la thèse de Blanchard (Paris 1907) sur « la torsion du pédicule des fibromes pendant la grossesse », 8 observations nouvelles sont citées, mais dans aucune d'elles il n'est fait mention de suppuration. Une fois seulement sur 8 cas on trouve une tumeur en voie de nécrose. Blanchard essaye d'expliquer cette rareté de la nécrose par torsion : « Ces mortifications ne sont pas constantes,

dit-il, et en tout cas jamais aussi considérables et rapides que celles survenant dans les kystes de l'ovaire à pédicule tordu. Cette rareté et l'importance moindre des désordres paraissent devoir être imputés à la résistance qu'offre le tissu fibromateux contenu dans le pédicule de la tumeur qui doit empêcher le plus souvent la torsion de produire un étranglement vasculaire aussi complet que dans les kystes. » En résumé, la suppuration franche et primitive par torsion ou allongement du pédicule des fibromes est d'une excessive rareté.

Dans le même ordre d'idées on peut citer comme raison favorisante les diverses dégénérescences de la tumeur : fibro-kystique, œdémateuse, calcaire, sarcomateuse.

Enfin, parmi ces causes secondaires, il en est une qui paraît avoir une action beaucoup plus nette, beaucoup plus réelle, c'est la puerpéralité. Mais les chances d'infection du fibrome ne sont pas les mêmes à tous les moments de la puerpéralité et il faut étudier séparément la grossesse, le travail, les suites de couches. Pendant la grossesse les fibromes se ramollissent, comme l'utérus lui-même du reste, mais présentent en plus des troubles vasculaires et des altérations de natures diverses. Cornil a décrit dans les fibro-myomes de l'utérus gravide des îlots mortifiés, ramollis, le plus souvent situés au centre de la tumeur. Ils sont de ce fait, on le conçoit, beaucoup plus facilement la proie de l'infection. De plus, si le plus souvent la grossesse évolue normalement dans un utérus gravide, il n'en est pas toujours ainsi :

Des hémorragies répétées et tenaces peuvent provoquer l'avortement ou la mort du fœtus *in utero*, avec leurs suites ; des pertes blanches, quelquefois très abondantes, peuvent amener les mêmes complications ; la com-

pression sur les organes voisins peut provoquer de la stercorémie, de l'auto-infection, de l'albuminurie, de l'éclampsie, toutes causes qui augmentent les chances d'infection générale où locale ; la torsion du pédicule enfin et ses conséquences, quoique nous ayons essayé de prouver que cette cause de suppuration des myomes était bien rare, peut provoquer l'infection. Pendant le travail, les manœuvres diverses provoquées par une délivrance laborieuse, les forceps, la version, le tamponnement, en un mot toutes les manœuvres intra-utérines seront une chance d'infection qui pourra retentir plus tard sur le fibrome. Dans les tumeurs utérines de cette nature les insertions basses du placenta, les adhérences anormales des membranes au tissu utérin sont fréquentes, d'où hémorragies violentes, rétention placentaire ou des membranes, et du coup manœuvres internes fréquentes. Tout cela prédispose à l'infection de l'endomètre et par suite du tissu fibromateux.

Enfin, pendant les suites de couches si l'utérus est atteint par la suppuration, l'infection de ces tumeurs aura de grandes chances de se produire. Les observations recueillies à ce sujet par Guéry et Jamain, dans leurs thèses, sont nombreuses et nous en citons une où l'influence de la grossesse nous paraît manifeste ; une où l'avortement septique doit être invoqué, et une où l'accouchement laborieux semble avoir une grande importance étiologique.

Après avoir étudié les causes qui peuvent amener un fibrome à la suppuration, il nous semble utile de rechercher s'il peut y avoir des causes qui favorisent la résistance de la tumeur qui, en d'autres termes, arrêtent ou empêchent la suppuration.

M. Pinard a démontré par maints exemples que la

régression des fibromes est parfois considérable après l'accouchement, surtout lorsque la femme allaite. Il a donné des exemples de régression complète après l'accouchement.

Nous n'avons pu trouver d'observation où l'influence de l'allaitement soit démontrée dans des cas de fibromes suppurés, mais il nous semble que logiquement le fait n'est pas impossible.

BACTÉRIOLOGIE

La bactériologie relative aux microorganismes qui provoquent la suppuration des fibromes n'est encore connue que d'une façon insuffisante. Toutefois du petit nombre de connaissances que l'on possède sur cette question, il semble que l'on puisse tirer quelques conclusions qui ne paraîtront pas prématurées :

1° Il n'y a pas une espèce unique de microbes de la suppuration des fibromes.

2° Ils appartiennent au groupe des pyogènes banaux.

3° Ils coexistent presque toujours avec des germes identiques se trouvant dans des régions voisines point de départ de l'infection.

Telles sont les données principales, au sujet de la microbiologie de la question et que nous avons émises avant de donner les raisons qui nous les font énoncer.

Essayons de prouver qu'elles sont exactes.

Dans 3 cas, Claisse (obs. I, II et une que nous ne citons pas) a trouvé des cocci très nombreux, isolés ou groupés en gros amas ou en petites chaînettes, qui prennent le gram et donnent sur gélose des taches rondes, saillantes, isolées ou confluentes. Dans deux corps fibreux

utérins, Galippe et Landouzy, en procédant avec une rigoureuse asepsie, après ensemencement sur divers milieux, ont pu déceler la présence de microorganismes variés : Les uns microcoques sphériques deux à deux, en amas ou en chaînette ; les autres bâtonnets, deux à deux ou en filaments. Tous ces microbes se sont comportés de la même façon vis-à-vis des colorants.

Ces exemples correspondent à des cas de fibromes non infectés et viennent à l'appui de la théorie de Claisse ou du microbisme latent.

Dans le même ordre de faits nous citerons les recherches classiques de Kollmann qui a trouvé toujours dans des fibromes non suppurés un microorganisme et un bacille ; de Vedeler qui a signalé l'existence d'amibes ; de Vhéaton qui a décrit des microcoques du genre zooglée ; de Mermet qui a reconnu le staphylocoque blanc ; et de Damas qui a retrouvé les germes de Landouzy et de Galippe.

Dans le chapitre de la pathogénie, après avoir étudié la théorie exogène, nous avons montré que les fibromes suppurés pouvaient dans ce cas provenir soit de l'utérus et de ses annexes, soit des organes abdomino-pelviens environnants. Si les données que nous avons énoncées au début de ce chapitre, c'est-à-dire si les germes d'infection des fibromes sont surtout des microbes banaux et coexistent presque toujours avec des lésions de voisinage, sont exactes, nous devons trouver dans le pus des fibromes du streptocoque, du staphylocoque, du gonocoque, du colibacille. Le gonocoque seul n'a pas été retrouvé, mais tous les autres ont été signalés. Témoins les deux cas de Gatti, où l'on trouve du staphylocoque pyogène blanc ; les cas de Veyssière : Soc. anat. 1893 ; de Chadwick : Bost med. and surg. J. 1897, et de

Martin : Centr. für Gyn. 1886, où l'on trouve du streptocoque pyogène ; et les cas de Dépla, Presse médicale belge, février 1896, de Raymond, Soc. anat. 1894, de Lauwers, Bull. de la Soc. Belge de gynec. et d'obst. 1897, où le colibacille a été nettement reconnu. Mais dans l'utérus ou son voisinage il n'existe pas seulement des aérobies. Hartmann et Mignot (Annales de gyn. juin 1896) ont décrit un microbe fréquent dans le vagin où il vit en saprophyte, mais qui peut devenir pathogène et infecter un utérus déjà métritique. Il s'agit de petits bacilles courts, volumineux, réunis deux à deux par leur extrémité, se colorant bien par toutes les couleurs d'aniline, mais se décolorant facilement. Dans un cas publié par ces auteurs ce microorganisme a été retrouvé en même temps sur la muqueuse utérine infectée et dans un fibrome suppuré.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des fibromes suppurés est relativement simple, car dans ses grandes lignes elle diffère peu de l'évolution générale des suppurations.

Au point de vue du poids et du volume, il faut savoir que ce sont en général les gros fibromes qui suppurent. Aussi n'est-il pas rare de trouver parmi les observations de tumeurs purulentes de l'utérus, des poids de 4 kg., 5 kg. et même 9 kg. 500 comme dans l'observation du professeur Soubeyran que nous citons.

Extérieurement, les tumeurs fibromateuses suppurées de l'utérus revêtent un aspect toujours à peu près le même. Nous décrirons surtout comme étant les plus spéciales les tumeurs sous-séreuses pédiculées. En général, il s'agit de masses irrégulières le plus souvent partiellement adhérentes aux organes voisins. Quelquefois ces adhérences sont à peine marquées, d'autres fois au contraire elles sont telles qu'elles empêchent, au cours des interventions, l'énucléation de ces néoplasies. Presque toujours aussi ces tumeurs sont sillonnées de gros vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Dans l'observation du professeur Soubeyran on peut lire : « A son pôle supérieur, l'épiploon adhère fortement à la tumeur sous forme

de gros cordons veineux et artériels, énormes, tortueux, du volume, pour certains, du petit doigt, au nombre de 12 à 15, et qui font ressembler cette tumeur à un énorme poulpe. »

D'un autre côté, Poirier, examinant un gros fibrome enlevé par Diday, signale « à la surface sous-péritonéale de la tumeur, des vaisseaux ayant la grosseur du pouce, avec étranglements annulaires très nets et rappelant en somme des vaisseaux lymphatiques ».

A la palpation de ces tumeurs, on trouve successivement des régions dures qui correspondent à du tissu fibromateux sain, des régions demi-molles, qui correspondent à des points en voie de ramollissement, et enfin des parties où la fluctuation est plus ou moins nette et qui répondent à de véritables abcès du fibrome.

Tels sont les divers caractères fournis par ces tumeurs vues extérieurement.

Si l'on examine ensuite ces néoformations à la coupe, on trouve deux modes de suppuration différents :

1° La suppuration a débuté par le centre du fibrome. On a alors soit au centre même, soit en un point quelconque mais toujours en plein tissu fibromateux, un ou plusieurs abcès véritables. Le plus souvent, il n'existe qu'une poche purulente, mais quelquefois il y en a plusieurs, témoin le cas que nous citons où trois poches existent absolument indépendantes les unes des autres. Ces poches contiennent du pus plus ou moins fétide, le plus souvent verdâtre et coulant facilement. Au point de vue histologique, il s'agit simplement d'un abcès véritable avec au centre une zone mortifiée, puis une membrane pyogène, enfin une zone réactionnelle de défense. Voici d'ailleurs ce que dit Cornil à ce sujet : « A la périphérie de cette zone mortifiée, entre elle et le tissu hypertrophié, on

trouve une zone dans laquelle il existe un très grand nombre de globules blancs migrateurs en dégénérescence graisseuse et des corps granulo-graisseux.

2° La suppuration a un début sous-capsulaire. Les fibromes sont, on le sait, entourés de tissu cellulaire plus ou moins lâche et qui leur forme comme une sorte de cavité virtuelle où ils sont enfermés. C'est souvent par cette atmosphère celluleuse périfibromateuse, si l'on peut dire, que commence la suppuration, et ici encore elle peut être localisée et former des abcès séparés ou bien être diffuse et envahir pour ainsi dire tout le fibrome par sa périphérie. Ce dernier mode de suppuration semble être le plus fréquent.

SYMPTOMATOLOGIE ET ÉVOLUTION CLINIQUE

Gaujoux et Delage, dans un article paru dans la *Gazette des hôpitaux* de 1907, disent « que la suppuration des fibromes est difficile à dépister, insidieuse, et qu'elle peut se présenter sous de multiples formes ».

Cette phrase semble bien résumer ce qu'il y a d'un peu particulier dans cette complication rare des fibromyomes utérins.

Dans un premier groupe de faits, il va s'agir par exemple d'une femme, qui avait un fibrome utérin méconnu, parce qu'il ne s'était révélé par aucun signe morbide important. Brusquement cette malade offre le tableau clinique d'une infection généralisée : la fièvre est élevée, le facies se grippe, l'état général est grave, le péritoine semble être en jeu. Mais rien n'attire l'attention d'une façon bien nette vers l'utérus. Assez rapidement la malade est emportée au milieu de cette symptomatologie bruyante, et le diagnostic n'est pas fait. Ce n'est qu'à l'autopsie qu'on découvre une tumeur fibromateuse utérine suppurée. Ces cas, à évolution rapide, sont extrêmement rares, mais Lever, Fergusson, Polaillon et d'autres en ont rapporté des cas.

D'autres fois, au contraire, les choses se passent dans le silence le plus complet. Aucun signe ne vient révéler la suppuration : La malade de Fénerly, morte d'un cancer de l'œil, avait un fibrome suppuré passé inaperçu ; la malade de Carter, morte de bronchite, avait depuis longtemps une tumeur abdominale qui ne la gênait en rien et que l'autopsie montra être un fibrome utérin suppuré. Mais il s'agit là de deux modes d'évolution assez rares et en général les choses ne se passent pas ainsi.

Le plus souvent il s'agit d'une femme qui porte depuis quelque temps une tumeur utérine que l'on sait être un fibrome, et chez laquelle assez rapidement on voit s'installer des signes qui viennent montrer qu'il se passe quelque chose de nouveau du côté de l'utérus. La tumeur augmente de volume, ce que l'on vérifie assez facilement par le toucher combiné au palper, et cela d'une façon nette et marquée. Elle devient en même temps douloureuse, elle est le siège d'élancements, de douleurs spontanées dont le maximun est à la tumeur elle-même et qui s'irradient vers les lombes, les cuisses et le bas-ventre. Cette sensation est aggravée par la station debout et semble diminuer au contraire par le repos. Cette douleur est exagérée par le toucher et le palper. Si les doigts explorateurs peuvent attendre la tumeur, ils provoquent par leur contact une douleur insupportable qui rend l'examen parfois impossible. Presque toujours à ce moment la fièvre s'allume, elle est d'intensité variable et d'allure différente suivant les cas : parfois modérée, existant matin et soir sous forme de plateau peu élevé, d'autres fois à grandes oscillations, avec rémissions matinales et exaspérations vespérales ; quelquefois d'une irrégularité décevante. Après la douleur et la fièvre, qui sont les signes les plus précoces et les plus constants et que

quelques auteurs signalent comme seuls signes de la suppuration, on peut noter un état général toujours grave caractérisé par un amaigrissement rapide, une hecticité précoce, une céphalalgie rebelle, une anorexie et des signes gastriques vagues mais manquant rarement, de la constipation opiniâtre, de l'insomnie, et bientôt, si la malade n'est pas soignée, par une cachexie grave, rappelant celle des cancéreux avancés.

Les signes objectifs, fournis par un examen attentif, montrent à ce moment une tumeur ramollie, irrégulière, avec des points durs et d'autres fluctuants, ou tout au moins pseudo-fluctuants. Cet examen réveille, nous l'avons déjà signalé, une très vive douleur.

Mais suivant que le pus va s'évacuer à tel ou tel point, la symptomatologie va se compliquer de signes différents.

Le plus fréquemment, et l'on peut dire aussi le plus favorablement, le pus s'écoule par le vagin. Si l'écoulement est suffisant, il peut, au bout d'un certain temps, amener la guérison. Au milieu des symptômes locaux et généraux que nous avons signalés, l'on voit dans ce cas apparaître ce signe nouveau qui a une grande valeur diagnostique : un écoulement purulent plus ou moins abondant se faisant par le vagin. Nous avons vu que quelquefois cet écoulement peut se tarir et amener la guérison ; d'autres fois, au contraire, une suppuration chronique s'établit et amène peu à peu la malade.

Plus rarement, et cela surtout avec des fibromes sous-séreux et accolés à la paroi abdominale par des adhérences, le pus se libère par la voie cutanée. Il y a dans ce cas presque toujours d'abord péritonite enkystée localisée et consécutivement perforation de la paroi abdominale. D'autres fois, et cela plus fréquemment, le pus

s'évacue non plus au dehors, mais dans la cavité abdominale. Il s'ensuit une péritonite généralisée, qui apparaît brusquement et se révèle par une douleur exquise, du météorisme, des vomissements, du hoquet, etc... Quelquefois enfin c'est dans un organe abdomino-pelvien que le pus se donne issue. S'il envahit la vessie, les suites sont toujours graves. Si le fibrome s'ouvre dans l'intestin, les suites, quoique moins sérieuses, sont toujours d'un grave pronostic.

En résumé, un fibrome étant donné, on voit que la suppuration se révèlera surtout par l'accroissement rapide de la tumeur, la douleur spontanée et provoquée, la fièvre et l'état général, enfin l'apparition du pus dans le vagin, la vessie, l'intestin, à la peau ou dans le péritoine.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Peut-on diagnostiquer la suppuration d'un fibrome? C'est en général fort difficile. Il faut bien entendu mettre à part les cas de suppuration insidieuse et que l'on ne reconnaît que par hasard à l'autopsie, de même que les faits où la suppuration n'est qu'un accident secondaire et passant inaperçu au cours d'une infection puerpérale.

Ce sont là des modes d'évolution exceptionnels, de diagnostic presque impossible. Du reste, ces cas ne profiteraient guère d'un diagnostic précoce car le traitement serait impuissant.

Les cas où le diagnostic est faisable, et mérite d'être fait, sont ceux où, un fibrome étant diagnostiqué depuis plus ou moins longtemps, la suppuration s'installe dans la tumeur. Les signes qui mettront alors sur la voie seront l'accroissement rapide de la tumeur, la fièvre, la douleur localisée et irradiée aux environs, le ramollissement partiel, l'écoulement du pus par le vagin et l'état général grave et progressivement cachectique. Si l'on est sûr qu'il existait auparavant un fibrome, et si l'on voit peu à peu s'installer ces divers signes, le diagnostic

semble assez facile. Toutefois, d'autres affections peuvent simuler cette complication :

1° Un fibrome sous-séreux peut tordre son pédicule. Mais dans ce cas la douleur est vive, subite, violente. Il n'y a ni fièvre, ni écoulement vaginal.

2° Le fibrome tordu peut se sphacéler. La fièvre n'apparaît que si le néoplasme s'infecte secondairement. Si le fibrome est sous-muqueux, l'on voit apparaître à la vulve un écoulement noirâtre, d'odeur gangréneuse, caractéristique, qui fait le diagnostic. S'il s'agit d'un fibrome sous-séreux il est bien difficile de diagnostiquer une suppuration franche du sphacèle suivi de suppuration.

3° Le fibrome peut se compliquer de cancer du corps. C'est là un diagnostic très difficile à faire, mais qui est très intéressant à établir. Dans ce cas l'on constatera : un redoublement des hémorragies utérines qui sont fréquentes et abondantes ; une douleur vive que le repos calme peu, revêtant parfois une forme intermittente ; un écoulement sanieux, hydrorrhéique, ichoreux, d'odeur *sui generis*, irritant les parties avec qui il est en contact ; une cachexie progressive ; un utérus augmenté de volume et à cavité agrandie. Mais en général la fièvre n'existe pas et c'est un point important à retenir pour le diagnostic. Plus tard, la présence de ganglions atteints vient faire le diagnostic. Dans quelques cas difficiles cependant le diagnostic ne pourra être fait que par un curage digital suivi d'un examen microscopique. En résumé, au cas de coexistence de cancer du corps avec un fibrome, l'anémie et la cachexie seront précoces et intenses ; dans le cas de suppuration d'un fibrome, la douleur et la fièvre seront surtout accusées.

Le pronostic de cette complication est toujours grave, sauf peut-être au cas de petits abcès à évolution chroni-

que. Il est grave de par les complications possibles de cette infection et par la gravité des interventions dans ces circonstances. Il suffit d'examiner les 94 cas de Guéry et de constater qu'il y a 70 cas de mort pour préciser le pronostic de complication des fibromes.

TRAITEMENT

Avant l'ère aseptique, on ne pratiquait pas d'interventions, on laissait évoluer l'affection et généralement la mort survenir. On ne trouve que le cas de Meugebauer-Ludwis où l'observateur intervient. Depuis l'ère aseptique, au contraire, on intervient hâtivement et il est inutile d'insister pour démontrer qu'on a raison d'agir ainsi. Donc un premier point mérite d'être affirmé : « Il faut intervenir toujours et intervenir hâtivement au cas de fibrome suppuré. » Par quelle voie opèrera-t-on ? Sauf dans quelques cas exceptionnels, il vaut mieux intervenir par la voie abdominale. La voie abdominale permet de mieux respecter le péritoine, de mieux enlever toute la tumeur, de la libérer de ses adhérences, et surtout de mieux voir ce que l'on fait. Quel genre d'interventions fera-t-on ? C'est en général l'hystérectomie que l'on pratique, qui suivant les cas sera totale ou subtotale. Nous n'insisterons pas sur tous ces points qui sont classiques, pour nous appesantir sur un point particulier, nous voulons parler du drainage vaginal. Nous ne pouvons mieux faire que de citer à ce sujet entièrement les conclusions de M. le professeur Soubeyran, à la fin de son article

paru en janvier 1910 sur la *Province médicale* : « Ce que nous réalisons dans tous les cas, c'est le drainage vaginal, avec un gros tube de caoutchouc. Cette précaution pour nous essentielle et fondamentale ne se discute pas, si au cours de l'acte opératoire on a des doutes sur la septicité de l'une des manœuvres, ou bien si l'on a pratiqué l'ablation d'une poche infectée.

» Mais, même dans les cas les plus sûrs, le plus aseptiquement conduits, nous pensons que ce drainage est une chose excellente, car on n'est jamais certain d'une asepsie rigoureuse (expérience de Auché et Chavannaz) et les malades sont à la merci d'un fil, d'un instrument, d'une compresse, d'un aide que l'on n'a pu surveiller étroitement ; de plus ce tube draine au point déclive les liquides exsudés, les épanchements qui peuvent se produire, dans le pelvis surtout lorsqu'il y a des varices ; il permet de suturer solidement la paroi ; on lui a reproché de mettre en communication le vagin avec l'excavation pelvienne ; mais cette ascension microbienne n'a jamais été bien démontrée. Enfin ce tube réalise les conditions si favorables, si excellentes du drainage de l'hystérectomie vaginale.

» Nous le plaçons de deux façons :

» Quand l'hystérectomie est totale, le drain est facilement glissé de haut en bas et l'on péritonise en le laissant déborder dans le pelvis que l'on peut isoler à l'aide du côlon pelvien.

» Quand il s'agit de la subtotale, le drain est glissé à travers le col s'il est large, sinon d'un coup de ciseaux on fend le col et le cul-de-sac postérieur, pour ouvrir une voie large.

» Dans les deux cas un fil de catgut, ainsi que le fait Gosset, fixe le drain au niveau voulu, à la tranche de section et l'on retire facilement le tube au cinquième jour. »

OBSERVATIONS

Ne pouvant citer toutes les observations, publiées jusqu'à ce jour, sur la suppuration des fibromes, nous avons fait un choix parmi elles et nous nous sommes appliqué à rapporter celles qui semblaient être une preuve des causes pathogéniques que nous avons exposées. C'est ainsi que nous citons (Obs. I et II) deux cas où la théorie de Claisse semble devoir être invoquée ; deux cas (Obs. III et IV) où l'infection est venue du dehors : ignipuncture et injections d'ergotine ; un cas (Obs. V) où la matrice a été la raison de la suppuration ; un cas (Obs. VI) où l'infection est partie des annexes suppurées ; une observation (Obs. VII) où l'on doit accuser les organes abdomino-pelviens ; enfin trois cas (Obs. VIII, IX et X) où la puerpéralité est manifestement en jeu. Avant de signaler ces observations, nous avons placé en tête celle de M. le professeur Soubeyran. Elle est fort intéressante, et nous montre au point de vue pathogénique, à la fois l'influence de la grossesse, de l'accouchement, de la mauvaise nutrition et de la ponction. En effet chacune de ces causes peut être invo-

quée dans ce cas. Il semble toutefois que le rôle de la ponction soit ici prépondérant. Au point de vue anatomo-pathologique, elle est également intéressante, car nous constatons l'existence de trois poches purulentes séparées, ce qui est un fait rare.

Obs. VII. — Volumineux fibro-myome pédiculé, relié à un fibrome utérin ; ascite, présence d'une poche suppurée, adhérences d'un diverticule de Meckel ; hypertrophie variqueuse des vaisseaux épiploïques. A cause de son intérêt, nous publions tout au long cette observation, telle qu'elle a été rapportée en 1907 par nos deux collaborateurs, MM. Delage et Gaujoux, dans la *Gazette des hôpitaux* :

C. T..., âgée de trente-huit ans, venant de la Lozère, entre le 16 septembre 1906 dans le service de M. le professeur Tédenat, suppléé par M. le professeur agrégé Soubeyran.

Antécédents. — Toujours bien réglée depuis l'âge de treize ans, elle s'est mariée à vingt ans. Trois grossesses normales à terme ; enfants bien portants. Jamais de pertes blanches. Dès son dernier accouchement, il y a deux ans, cette femme a remarqué que son ventre conservait un volume anormal, puis grossissait tout en devenant plus dur. Elle n'a pas vu d'abord de médecin, mais elle s'est décidée à en voir un, quand, à la suite d'un gros refroidissement, il y a un an, elle a constaté un accroissement subit de son ventre.

Le médecin appelé, constatant une certaine quantité d'ascite, a fait peu de temps après une première ponction et il aurait retiré une dizaine de litres de liquide que la malade dit être jaune clair. D'abord soulagée, un mois après l'ascite s'était reformée et gênait de nouveau

la malade. En un an, on a pratiqué cinq ponctions évacuant chaque fois une quantité d'environ dix litres de liquide toujours avec les mêmes caractères.

Les règles sont demeurées normales, durant de trois à quatre jours et de moyenne abondance. Dans les derniers mois, la malade a constaté qu'elle urinait plus souvent et moins abondamment et qu'elle était extrêmement constipée ; son appétit a beaucoup diminué, elle perd ses forces et maigrit.

Localement, elle se plaint de douleurs spontanées dans le petit bassin, avec irradiation vers les reins et les cuisses, augmentées par la marche et la fatigue, peu calmées par le repos.

A l'inspection, l'abdomen apparaît énorme, très distendu, faisant une saillie à pic quand la malade est couchée. Par le palper combiné au toucher vaginal, on constate l'existence d'une volumineuse tumeur occupant tout le petit bassin et qui fait corps avec l'utérus. Tout l'abdomen est rempli par une autre énorme tumeur qui occupe sa dimension transversale et en haut remonte au voisinage de l'appendice xyphoïde ; elle est indolore à la pression, légèrement mobilisable et comme flottante dans une ascite assez abondante, avec sensation de flot très nette. La tumeur se déplace suivant les positions de la malade ; quand elle est couchée, elle tombe en arrière ; quand elle est debout, elle vient appuyer contre la paroi abdominale.

Malgré les faibles hémorragies, on porte le diagnostic de fibrome de l'utérus enclavé dans le petit bassin coexistant avec un kyste de l'ovaire végétant, à cause de la présence de l'ascite et surtout de la consistance de la tumeur abdominale, trop ferme pour laisser penser à un simple kyste. La malade, amenée d'urgence de la Lozère par

notre ami le docteur Rouvière, chef des travaux anatomiques à la Faculté, que l'on a fait appeler, est dans un état de faiblesse extrême ; on décide d'intervenir après l'avoir remontée.

Opération le 8 octobre 1906 par M. Soubeyran, assisté de MM. Delage et Gaujoux. Anesthésie avec l'appareil de Soubeyran-Demelle. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A peine le péritoine est-il ouvert qu'il s'échappe un flot de liquide ascitique (de 8 à 10 litres). L'abdomen est asséché à l'aide de compresses montées, puis l'incision abdominale est prolongée au-dessus de l'ombilic pour mieux explorer la tumeur qui présente des adhérences pariétales faciles à détacher. A son pôle supérieur, l'épiploon adhère fortement sous forme de gros cordons veineux et artériels, énormes, tortueux, du volume, pour certains, d'un petit doigt, au nombre de 12 à 15, et qui font ressembler la tumeur à un énorme poulpe ; on est obligé de les lier isolément et de les sectionner pour dégager la masse.

Il existe de plus un long diverticule adhérent à la partie gauche de ce bord supérieur et se dirigeant vers la terminaison de l'intestin grêle; il a une longueur de 20 cm. et représente le diverticule de Meckel ; on le sectionne également. Libre enfin, la tumeur peut être soulevée, attirée hors du ventre, soutenue par un aide, et l'on constate qu'elle présente un pédicule à sa partie inférieure, gros comme le poignet, très dur et qui vient s'implanter sur une tumeur sous-jacente qui n'est autre que l'utérus. Ce pédicule est sectionné, la tumeur supérieure est enlevée et dans le bassin apparaît le dôme de l'utérus fibromateux, gros comme une tête d'enfant à terme. On pratique une hystérectomie subtotale par le procédé américain ; drainage vaginal, péritonisation soignée, drain

abdominal avec trois mèches. Suture pariétale à trois étages.

Suites opératoires. — Normales, pas de fièvre. Sort guérie après un mois.

Examen de la pièce. — La tumeur abdominale et l'utérus pèsent ensemble 9 kg. 500. L'utérus présente l'aspect d'un fibrome typique.

Quant à la tumeur abdominale qui lui était rattachée, énorme, de forme globuleuse, sa surface est irrégulière, bosselée, avec des saillies formées par des noyaux très durs. Sa consistance est uniformément dure et résistante, sauf à sa face postérieure où se trouve une partie molle et dépressible, large d'environ 15 cm. Une incision pratiquée à ce niveau permet d'évacuer environ 2 litres de liquide purulent, jaune brun, d'odeur extrêmement fétide, contenu dans une vaste poche à parois anfractueuses, blanchâtres. En plus de cette poche principale, il existe deux autres poches du volume d'un œuf avec un contenu identique que l'examen a montré être du pus mélangé avec du sang.

La tumeur, dans toutes ses autres parties, présente à la coupe la texture ordinaire des fibromes, avec des noyaux fibromateux en tourbillons formant en certains points les noyaux saillants visibles à la périphérie. En somme, c'est un volumineux fibrome pédiculé à développement abdominal, ayant subi en trois points une dégénérescence par suppuration. L'on n'a pu trouver d'espèce bactérienne bien définie dans le pus.

Les annexes ne présentent rien d'anormal. A noter l'adhérence du diverticule de Meckel.

1° Théorie de Claisse ou du microbisme latent

Observation I

Fibro-myome utérin. — Ensemencements. — Culture (23 avril 1898).

La tumeur étant enlevée par morcellement, nous en prenons une portion du volume du poing, nous l'abordons à travers la muqueuse qui est intacte; elle est détruite au fer rouge, nous prenons deux morceaux de la tumeur et les ensemençons dans des tubes de bouillon peptonisé. Nous plaçons dans l'étuve à 38°.

L'un des tubes reste stérile. L'autre se trouble. Cela tient au développement de cocci très nombreux; isolés ou groupés en gros amas ou en petites chaînettes, ils prennent le gram.

Ensemencés sur gélose, ils donnent en vingt-quatre heures des petites taches rondes, blanches, peu saillantes.

Observation II

Fibro-myomes interstitiels. — Tumeur en voie de nécrose, essai de culture positif (23 juillet 1898).

Tumeurs multiples (poids total 1.270 gr.), blanches, dures. L'une d'elles du volume d'une mandarine, bien encapsulée, présente une consistance molle, élastique, une coloration brune, revêtue d'une couche mince, plus consistante, blanche.

Nous avons ensemencé en bouillon deux morceaux de la tumeur blanche. L'un des tubes est resté limpide, l'autre s'est troublé en vingt-quatre heures, renfermant des cocci abondants, qui sur gélose ont donné des taches nombreuses rondes, blanches, saillantes.

Le tissu du corps utérin renferme un nombre assez considérable de vaisseaux, les uns volumineux, gorgés de sang, les autres petits, entourés d'une couronne, avec pointes d'accroissement de cellules conjonctives proliférantes.

Nous examinons une des masses blanches, isolées dans la paroi : elle est formée principalement de faisceaux musculaires denses, séparés par de minces bandes conjonctives. Les vaisseaux, de petite dimension, sont assez nombreux ; les plus volumineux, dont la coupe donne une forme allongée, s'entourent d'une double bande con-

jonctive et musculaire ; les plus petits sont cerclés par une couronne de cellules serrées, d'où le rayonnement des prolongements cellulaires.

La masse brune, élastique, est formée par des bandes très ondulées, de fibres parallèles, longues effilées, à noyau très peu coloré, fusiforme ; ou de cellules plus courantes, angulaires, étoilées ; enfin entre les faisceaux existe un tissu conjonctif lâche renfermant d'assez grosses cellules arrondies, à gros noyau. Les vaisseaux sont assez abondants, habituellement vides, doublés souvent de cellules rondes. Nous considérons cette pièce comme un fibro-myome en voie de nécrose, indiquée par la faible coloration des éléments cellulaires.

2° Théorie de l'infection chirurgicale

Observation III

(Lawson-Tait. — *Zeitschrift für Geburtsh und Gynaek.*, Bd. XV)

Malade de 29 ans. Un enfant. Myome sous-muqueux, utérus gros comme une grossesse de 4 mois. Dysménorrhée, métrorrhagie.

On lui fait une séance d'électrisation à 20 milli-ampères, il se produit de nouvelles contractions utérines pendant deux jours.

Puis expulsion de fragments de tumeur à odeur fétide.

On applique deux fois encore le courant continu, on enlève avec la curette de nouvelles masses putréfiées ; on draine l'utérus.

La malade meurt cinq jours plus tard de péritonite.

Observation IV

(Gérard. — Thèse Paris, 1874)

Abcès dans un fibrome par injection d'ergotine.

Malade, 27 ans, entre à la Charité, 28 mai 1875. Depuis 4 ans, a une tumeur utérine ayant envahi l'épigastre et l'hypochondre gauche.

Le 16 décembre, injection dans la tumeur supérieure droite de 0 gr. 30 d'ergotine.

Le 15 janvier, injection de 0 gr. 40.

Cinq autres injections jusqu'au 30 novembre 1876, il se produit alors un petit abcès dans la tumeur, qui s'ouvre au niveau de l'ombilic et qui est encore fistuleux le 3 février 1877.

3° Théorie de l'infection par la matrice

Observation V

(A. Martin. — *Normandie médicale*, 1898, p. 371)

Fibrome ramolli et suppuré.

Malade, 48 ans.

Souffre depuis 2 ans.

Le 15 mai 1898, ressent des douleurs très vives du côté gauche et dans les reins.

Le 30 mai, nouvelle crise douloureuse, pertes continuelles, rouge foncé, épaisses, d'odeur fétide, comparables à du foie écrasé. L'utérus mesure 17 centimètres.

Le 16 juin 1898, hystérectomie abdominale totale.

Les quatre premiers jours après l'opération, fièvre et accidents septiques, dus sans doute à une erreur pendant l'opération : on a ouvert la cavité utérine au lieu du cul-de-sac postérieur.

Guérison complète vingt-cinq jours après l'opération.

Examen de la tumeur. — 1 kg. 750, lobe saillant à gauche : à la coupe nombreuses cavités kystiques, géodes, presque sous-péritonéales, renfermant un liquide louche, purulent, avec débris déliquescents.

A droite, la tumeur est restée dure ; mais tout le reste est en voie de ramollissement.

4° Théorie de l'infection par les annexes

Observation VI

(Claisse. — Thèse de Paris, 1900 (Obs. V de sa thèse)

Volumineux fibrome interstitiel partiellement suppuré. — Grosses salpingites suppurées (15 juillet 1898).

Très volumineuse tumeur (3 kilogrammes), unique, développée dans la paroi postérieure de la cavité utérine, mesurant 15 centimètres. Elle est dure, de consistance uniforme, et creusée à sa partie postérieure d'une petite cavité renfermant un pus jaunâtre.

Les deux trompes sont converties en deux grosses poches pleines de pus, accolées derrière la masse utérine.

La muqueuse utérine n'est pas épaissie : les culs-de-sac glandulaires sont normaux, sans prolifération épithéliale ; mais il y a une infiltration abondante de cellules rondes donnant l'aspect d'une endométrite interstitielle.

La paroi utérine est à peu près normale ; les vaisseaux y sont plus nombreux au voisinage de la tumeur. Dans

cette région, les faisceaux s'orientent parallèlement à sa surface ; ils en sont séparés par une capsule très développée, formée de minces bandes conjonctives lâches, renfermant quelques vaisseaux et séparées par de larges espaces vides.

La tumeur est constituée par des faisceaux de fibres musculaires lisses, séparées par du tissu fibreux prédominant par places : les premiers éléments sont plus nombreux au contraire au voisinage de la périphérie. Les vaisseaux sont peu abondants et de petite dimension ; ils sont presque tous entourés d'une couronne cellulaire proliférante : quelques-uns renferment des globules rouges.

5° Théorie de l'infection par les autres organes

Observation VII

(Reymond. — Soc. anat., 1894, p. 81)

Fibrome kystique purulent. — Adhérence au rectum. — Colibacille. Septicémie. — Mort.

M. G...., âgé de 48 ans, présente depuis plusieurs années des signes nets de fibrome utérin. Il y a un mois, augmentation nette des douleurs, frisson, état général rapidement grave. A son entrée à l'hôpital les symptômes généraux dominent la scène : T. 39° ; pouls 120 ; langue

sèche, vomissements, diarrhée. La malade meurt quelques jours après, avant d'avoir pu être opérée.

Autopsie. — Tumeur solide dépendant de l'utérus, creusée de nombreuses cavités. La tumeur adhère au rectum sur toute la hauteur et en haut à une anse grêle qui ne peut en être séparée. Nombreuses cavités contenant un liquide purulent d'odeur infecte. L'ensemencement donne du colibacille.

Il est probable que l'infection est ici venue de l'intestin, car la muqueuse utérine est saine.

6° Influence de la puerpéralité

Observation VIII

(Lefour. — Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse (résumée). Cas communiqué par M. Lucas-Championnière, *in* Dufour, thèse agrégation, Paris 1880.)

Mme X...., âgée de 39 ans, mariée à 35 ans; elle a, peu après son mariage des phénomènes de congestion utérine qui me conduisent à lui faire des scarifications du col. Dès cette époque, je sens dans la paroi antérieure de l'utérus à gauche un noyau d'induration qui me fait admettre la présence d'une tumeur fibreuse. Cette tu-

meur grossit jusqu'au volume d'une noix. Cet état était très supportable, lorsqu'en novembre 1875 cette dame m'annonce que ses règles sont supprimées. Elle croit être enceinte.

Le 11 janvier 1876, cette dame qui avait perdu un peu de sang dans la journée est prise pendant la nuit d'hémorragies effrayantes. Consultation avec mon collègue M. Siredey, le 13 janvier. Nous constatons ensemble la présence d'une tumeur dure, du volume d'un œuf, occupant la région antérieure de l'utérus au-dessus du ligament large gauche. L'écoulement sanguin s'est modéré, mais il continue. Position horizontale, glace, lavements laudanisés ; peu après l'hémorragie diminue et s'arrête.

A partir de ce moment la patiente est maintenue dans son lit le plus souvent, et, quand on lui permet de se lever, elle reste étendue sur sa chaise longue. Sa tumeur grossit constamment, et, à mesure que l'utérus se développe, il proémine au-dessus du pubis et se détache mieux du corps de l'utérus.

A la fin d'avril, après avoir souffert davantage pendant quelques jours, la malade se plaint d'être mouillée par un écoulement vaginal. Elle perd du pus assez abondamment pendant une dizaine de jours. Ce n'est guère que vers le 15 mai que j'entends les bruits du cœur au-dessus du niveau de la tumeur qui masque toute la région antérieure et inférieure de l'utérus.

A la fin de la grossesse, la tumeur située au-devant de l'utérus a un volume considérable, celui d'une tête de fœtus à terme.

Le 17 juillet, accouchement assez laborieux que l'on est obligé de terminer par une prise de forceps.

Suites de couches normales.

Le 1er septembre, retour des règles assez abondantes pendant deux jours.

Le 7 septembre, je constate que l'utérus, encore un peu volumineux, est très régulier, sauf au niveau du cul-de-sac antérieur gauche. La malade se lève sans souffrir et part à la campagne.

En février 1877, j'examine de nouveau cette dame. Je suis surpris de ne pas retrouver la tumeur.

Observation IX

(Mauclaire. — Soc. d'obstétr., de gynécol. et de pédiatrie de Paris, 12 mai 1906, p. 120 et 121.)

Suppuration d'un fibrome utérin consécutivement à une fausse couche avec fièvre.

Plusieurs observations ont été déjà rapportées ici parce que le diagnostic avait été très difficile. C'est un cas de ce genre que je vais résumer aujourd'hui.

X..., âgée de 32 ans, entre le 22 février 1906 dans mon service à l'hôpital Dubois. Dans les antécédents de cette malade, on note une fausse couche, il y a cinq ans. Cette jeune femme a toujours été bien réglée sans métrorragie, ni ménorragie. Les dernières règles dateraient du mois de janvier dernier.

15 février. — Pertes de sang abondantes avec caillots

et fausses membranes après manœuvres abortives probablement.

Depuis, les pertes sanguines sont assez abondantes.

22. — A l'examen de l'abdomen je note une grosse tumeur du volume du poing au-dessus du pubis, à droite de la ligne médiane et collée contre l'utérus. Elle a une consistance ligneuse. A sa partie supérieure elle est bien distincte de ce que je crois être le fond de l'utérus. Le col est mou, entr'ouvert.

L'utérus paraît repoussé à gauche. La tumeur et l'utérus forment une masse qui occupe tout le petit bassin et déborde la symphyse à droite comme je l'ai indiqué : pas de fièvre.

La malade est maintenue en observation, car je ne sais pas si la fausse couche est faite.

25. — Expulsion d'un fœtus de deux mois.

28. — Expulsion de caillots. La température monte à 39°, elle persiste les jours suivants.

2 mars. — Curettage utérin qui ramène peu de débris placentaires. La cavité utérine est déviée à gauche. Avec l'hystéromètre se dirige à gauche, indépendamment de la grosse tumeur dont le volume et la consistance ne diminuent pas.

Les jours suivants la malade a des oscillations de température très grandes, en rapport avec une suppuration très abondante s'écoulant par l'orifice du col utérin. Une tige Monchotte est mise dans l'utérus, mais chaque fois que l'on touche à celui-ci, la température s'élève. La malade ne peut supporter la tige.

6 avril. — La température descend à la normale. La tumeur para-utérine présente toujours les mêmes caractères. Il n'est plus possible de penser à un utérus non

régressé. L'abondant écoulement de pus phlegmoneux et verdâtre persiste.

26 avril. — Laparotomie exploratrice. Je trouve un utérus fibromateux très volumineux, asymétrique. La moitié droite est plus déformée par un fibrome interstitiel. Sur le fond même de l'utérus on voit s'insérer un petit fibrome sous-péritonéal pédiculé et du volume d'une mandarine. Les annexes sont saines.

Hystérectomie supra-vaginale.

Les suites opératoires ont été régulières. A l'ouverture de la cavité utérine, on voit que celle-ci est légèrement augmentée de volume. Mais en avant existe une surface au niveau de laquelle la paroi est irrégulière avec des saillies multiples recouvertes de pus ; cette masse n'est pas énucléable.

S'agit-il d'un fibrome suppuré ou de fragments placentaires retenus ?

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de fibrome (M. Petit) ou de fibro-sarcome (Ferrand).

Je pense que cette observation est intéressante, tout d'abord parce que le diagnostic de fibrome interstitiel était difficile à poser. Je pensais plutôt à une tumeur péri-utérine. De plus, les pièces en main, il était encore difficile de dire s'il s'agissait de retention placentaire ou de fibrome suppuré. Il est vrai que la circonstance devait faire penser plutôt au fibrome chez une femme peu âgée, mais qui n'avait eu aucun trouble utérin jusqu'ici.

Observation X

(Ashwell. — *Guy's Hospital Rep.*, 1836, 1er S., Vol. I)

M..., 34 ans, mariée depuis 12 ans sans être devenue enceinte. En février 1835, entre à l'hôpital.

Elle portait à droite de l'abdomen, depuis plusieurs mois, une tumeur qui avait grossi rapidement et qui était devenue en même temps très douloureuse à la pression. A la suite d'une métrorrhagie, elle expulsa un premier fœtus, puis deux heures après un deuxième. Le placenta ne sortant pas, on dut faire une délivrance artificielle. La malade étant en collapsus mourut quelques heures après.

Autopsie. — Péritonite généralisée surtout marquée au voisinage de la tumeur utérine. La tumeur était peu vasculaire, mais ramollie, et du pus s'était formé dans une sorte de fissure qui traversait la tumeur. Cette tumeur très douloureuse s'insérait sur le fond de l'utérus par un pédicule large et court, sa capsule était complète. Des coupes de la tumeur montrent le contour arrondi des portions à fibres enroulées disséquées par la dégénérescence purulente. Deux autres tumeurs semblaient commencer à se ramollir.

CONCLUSIONS

I. — La suppuration des fibromes de l'utérus est une complication rare que l'on ne rencontre que 1 à 2 fois sur 100.

II. — Les causes pathogéniques en sont multiples. On peut reconnaître à ce point de vue la suppuration endogène, c'est-à-dire produite par des germes latents, et la suppuration exogène, c'est-à-dire produite par des germes venus du dehors, et cela par plusieurs voies. Nous retenons comme très intéressante la théorie de Legueu et Marien ou de « l'incarcération de morceaux de muqueuse septiques ».

III. — La bactériologie de la question n'est pas suffisamment élucidée :

a) Il n'y a pas une espèce unique de microbes de la suppuration ;

b) Ils appartiennent au groupe des pyogènes banaux ;

c) Ils coexistent presque toujours avec des germes identiques se trouvant dans des régions voisines, point de départ de l'infection ;

d) A noter la fréquence du coli-bacille.

IV. — Les signes cliniques ne sont pas nets et ne permettent presque jamais de faire un diagnostic précis.

V. — Au point de vue de l'intervention, c'est presque toujours l'hystérectomie abdominale qui est l'opération de choix, suivie du drainage vaginal.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 30 mars 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 28 mars 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Berger. — Suppuration des fibromes au cours de la puerpéralité. Thèse de Paris, 1907.

Blanchard. — Torsion du pédicule des fibromes utérins pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1907.

Berniolle. — Torsion du pédicule des fibromes utérins sous-séreux. Thèse de Paris, 1906.

Claisse. — Recherches sur le développement des fibro-myomes, des adéno-myomes de l'utérus. Thèse de Paris, 1900.

Combris. — Coïncidence des fibromes avec le cancer du corps de l'utérus. Thèse de Paris, 1905.

Cornil. — Altérations anatomiques des myomes pendant la grossesse. Académie de Médecine, février 1893.

Delage et Gaujoux. — Gazette des Hôpitaux, 1907.

Gatti. — Il policlinico. Roma, 1895. Observation de fibrome suppuré.

Galippe et Landouzy. — Soc. Biol., 19 février 1897. Microorganismes des fibromes suppurés.

Guéry. — Etude sur la suppuration des fibromyomes de l'utérus. Thèse de Paris, 1901.

Hartmann et Mignot. — Annales de Gynécologie, juin 1896.

Katz. — Suppuration et sphacèle des fibromes utérins. Thèse de Nancy, 1884.

Jamain. — Fibromes et puerpéralité. Thèse de Paris, 1907.

Legueu et Marien. — Fibromyome d'origine inflammatoire. Soc. d'Anatomie, avril 1896, et Société de Biologie, avril 1896.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.

Marty. — Bulletin de la Société belge. Année 1896.

Pellanda. — La mort par les fibromes utérins. Thèse de Lyon, 1904.

Pilliet. — Développement inflammatoire des fibromes des trompes. Société de Biologie, 7 mars 1896.

Picquant. — Dégénérescence des fibromes de l'utérus. Thèse de Paris, 1905.

Poirier. — Note. Bull. de la Soc. anat., juillet 1890.

Pozzi. — Traité de Gynécologie.

Reymond. — Bactériologie des fibromes. Observation. Soc. anat., 1894.

Recklinghausen. — (Trad. Labasquière). Ann. de Gynéc., 1896.

Soubeyran. — Provence médicale. Hystérectomie pour fibromyomes utérins. Janvier 1910.

Veyssière. — Soc. anat., 1893.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE